

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 - N^o 102

DE LA CYSTITE PERFORANTE GANGRÉNEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 mars 1923

PAR

Pierre-Adhémar-Maurice COULHON

Né à Sarlat (Dordogne), le 24 février 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		ROCHER, agrégé	
		DUVERGEY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1923

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 - N° 102

DE LA CYSTITE PERFORANTE GANGRÉNEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 mars 1923

PAR

Pierre-Adhémar-Maurice COULHON

Né à Sarlat (Dordogne), le 24 février 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD



PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE
	CASSAET.	Clinique chirurgicale infan-	DENUCE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	tile et orthopédie	BÉGOUIN.
	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	
Pathologie et thérapeutique générales...	CRUCHET.	Clinique médicale des mala-	
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscope clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clini-	
Physiologie.....	PACHON.	que des maladies exotiques.	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies euta-	
Médecine légale et déontologie	VERGER.	nées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Physique biologique et clini-		Clinique des maladies des	
que d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	CHIELLE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.	Hydrologie thérapeutique et	
Médecine expérimentale	FERRÉ.	Climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	N...	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
	R. SIGALAS (chargé)		ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	N...	Chirurgie générale	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N...		PERY.
	MAURIAC.	Obstétrique.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceut ..	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle...			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. POUSSE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

La question de la cystite perforante gangréneuse sans être neuve n'est pas très connue actuellement, car c'est une affection excessivement rare depuis l'application rigoureuse des méthodes antiseptiques au cathétérisme vésical.

Nous nous efforcerons de montrer dans ce travail que la cystite perforante n'est le plus souvent qu'une conséquence de la rétroversion de l'utérus dont la gravidité augmente la gravité de la cystite.

Avant de commencer ce travail notre devoir est d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à nos maîtres et à tous ceux qui ont pris part d'une façon directe ou indirecte à notre enseignement.

Durant mes stages hospitaliers j'ai pu apprécier le grand mérite de tous ceux qui m'ont appris l'art si subtil parfois d'examiner un malade.

MM. les Professeurs Villar, Venot, Cassaët, Arnozan, grâce à la clarté et à la précision de leur enseignement me pénétrèrent bien de cette vérité que l'étude de la médecine et de la chirurgie devient véritablement intéressante au lit du malade, beaucoup plus que dans les livres et que si l'usage de ces derniers est malgré tout indispensable, l'étude clinique dans les services hospitaliers supprime l'aridité de leur lecture, la difficulté de leur compréhension.

Je leur en suis donc très reconnaissant ainsi qu'à MM. les Professeurs Moussous et Dupérié qui m'ont fait comprendre et aimer la médecine infantile, Monsieur le Docteur

Rivière, professeur de clinique obstétricale, a droit à toute ma gratitude ainsi que M. le Professeur Pousson, dont la façon claire et méthodique d'enseigner rendait captivante l'étude de l'Urologie à la clinique du Tondu, nous le remercions vivement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Je remercie infiniment Monsieur le Professeur agrégé Duvergey qui a bien voulu me fournir l'observation si complète et si claire de cystite perforante gangréneuse. Je suis particulièrement sensible au bon accueil qu'il a bien voulu me faire toutes les fois que j'ai eu recours à lui pour m'aider de ses conseils durant la composition de ce modeste travail qui doit consacrer mes années d'études médicales.

J'exprime aussi ma profonde reconnaissance à M. le Docteur Ducos, médecin chef à l'Asile d'aliénés de Cadillac, en qui j'ai trouvé durant mes vingt mois d'internat à l'Asile un guide et un conseiller précieux.

Monsieur le Professeur Pousson me fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, je lui adresse tous mes remerciements et le prie de croire à mon plus profond respect.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique.

Avec le Professeur Guyon, nous entendons par cystite perforante gangréneuse une affection caractérisée par la « séparation dans la cavité de la vessie, non d'une pseudo-membrane, mais d'une couche plus ou moins épaisse, plus ou moins étendue de sa propre paroi frappée de gangrène totale ou partielle ».

Cette définition complète, précise met bien en lumière la différence fondamentale qui existe entre la maladie qui nous occupe et la cystite pseudo-membraneuse. Cette dernière est essentiellement caractérisée par la formation à la face interne de la muqueuse vésicale d'un produit de sécrétion d'un exsudat qui englobe des leucocytes, des cellules épithéliales de la vessie, divers cristaux et des organismes inférieurs. On n'y trouve ni fibres musculaires, ni fibres élastiques, ni vaisseaux.

Donc, dans le premier cas il y a élimination d'une véritable escharre embrassant une ou plusieurs tuniques de l'organe ; dans le second c'est la muqueuse qui se décharge d'une fausse membrane qui la double accidentellement. Cependant ces deux affections, si différentes au fond, se présentent sous des apparences à peu près identiques au point de vue clinique. Les lambeaux entraînés par les urines, dans une variété comme dans l'autre, offrent des caractères le plus souvent semblables au simple examen macroscopique. Aussi les auteurs ont-ils pour la plupart

confondus les deux maladies. Ce sont Pinard et son interne Varnier qui, en 1886-87, s'attachèrent à en montrer la différence et prouvèrent que le plus grand nombre de faits correspond en réalité à la cystite gangréneuse.

La pathogénie de ces deux affections n'est pas la même et d'ailleurs l'examen microscopique de la membrane lèvera tous les doutes quant à leur vraie nature.

Lorsque le Professeur Pinard publia, en novembre 1886, son mémoire relatif à la cystite gangréneuse suite de rétroversion de l'utérus gravide, c'était en France la première étude qui parut de cette affection. A tel point qu'il a pu dire que les lésions vésicales en question étaient presque inconnues en France. On en cherchait en vain des traces dans nos traités classiques. Charles de Liège, Monod, Boissard, Chantreuil, Charpentier leur avaient consacré quelques lignes. « A notre connaissance, dit le Professeur Pinard, l'observation que nous publions est la première observation française de ce genre. »

Depuis lors, dans l'article rétroversion du second volume de Tarnier et Budin (*Traité de l'art des accouchements*), un certain nombre de travaux et des observations publiées à l'étranger ont été analysés et forment un des chapitres les plus intéressants de ce livre. C'est la première étude sérieuse parue en France sur le sujet. C'est surtout en Allemagne que, principalement, la question a fait l'objet de travaux nombreux et importants parmi lesquels nous citerons ceux de Ritter en 1884, Rosenplanter en 1855, Haussmann en 1868, May en 1869, Ribnicker, Schatz et Krukenberg en 1882.

Les anglais y ont également contribué, mais pour une part plus faible.

Le Professeur Guyon a étudié ces cystites en 1887. Mais alors existait une controverse à propos de la cystite croupale diphtéritique et la cystite membraneuse. Ribnicker en 1882 conserve l'appellation de cystite ulcéreuse gangréneuse aux cystites graves dues à la rétroversion de l'utérus

gravide et ne fait aucune allusion à la cystite croupale.

En Angleterre la question semble plus simplifiée et le travail de M. J.-B. Hurry, de Saint-Bartholomews'-Hospital, élève de Matt-Duncan, résume l'opinion anglaise, il rejette l'appellation de cystite croupale dans tous les cas d'élimination de la muqueuse vésicale et l'appelle cystite exfoliante.

Depuis, la cystite gangréneuse a fait l'objet de quelques travaux, cependant à part les thèses de Pépin, 1893, qui l'étudie en dehors de la rétroversion de l'utérus, de Bailly qui la mentionne dans sa thèse de 1905-06, à Lille, les traités classiques qui la signalent, la cystite gangréneuse reste une rareté.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie.

D'une façon générale la femme est moins exposée que l'homme à la cystite. En effet, deux des grands facteurs de cette dernière manquent chez elle : c'est le rétrécissement de l'urèthre qui, même s'il existe, ne provoque que des symptômes vésicaux peu marquants, et l'hypertrophie de la prostate. De même les calculs y sont très rares.

Mais la femme possède un utérus qui peut présenter des modifications physiologiques et pathologiques. Ces modifications ne peuvent-elles pas retentir sur les organes voisins pour ainsi dire accolés à cet utérus gravide ou augmentés de volume à la suite de quelque affection pathologique? La vessie par sa fonction même de réservoir urinaire, tantôt vide, tantôt distendu et de plus par ses communications vasculaires avec l'utérus est toute indiquée pour subir l'influence des modifications de cet organe. Et sous cette influence, nous la trouvons dans des conditions particulières telles que des microorganismes y pénétrant, puisse se développer cette infection spéciale, cette inflammation septique que l'on nomme cystite.

Nous voyons que, pour qu'il y ait cystite, il faut, ainsi que l'ont montré Guyon et ses élèves, deux grandes causes.

D'abord une cause prédisposante, ensuite une cause déterminante.

C'est là un principe de pathologie générale. « Il suffit, dit le Professeur Legueu, d'en faire l'application à la pathologie de la vessie. »

« Sur ce point l'expérimentation entre les mains de Reblaud) de Melchoir, de Reymond, a apporté une confirmation éclatante aux données que le Professeur Guyon avait depuis longtemps établies grâce à la clinique seule. »

La cause prédisposante est créée par les modifications de la muqueuse vésicale et celles-ci seront amenées par : 1^o une congestion ; 2^o un traumatisme ; 3^o une rétention d'urine plus ou moins prolongée.

La cause déterminante est comme dans toutes les infections un agent microbien. Le nombre des variétés microbiennes que l'on a trouvé dans les urines purulentes est considérable. « Leur importance est inégale ; leur pouvoir pathogène n'est pas moins variable. »

L'espèce la plus souvent rencontrée dans la cystite est sans contredit le bactérium coli commune de Achard et Renaud, Reblaud identifiée avec la bactérie septique de Clado et la bactérie pyogène d'Albarran et Hallé.

Dans ces cas de cystite la grossesse n'agit que comme cause d'aggravation. En effet, on connaît les effets d'une grossesse sur la vessie, telles la congestion, la rétention, le traumatisme ; mais surtout la congestion, car au moment de la grossesse on a une vascularisation plus intense de toute la région pelvienne.

Prenons maintenant chez une femme enceinte une vessie saine. Nous verrons se produire une des causes prédisposantes que nous avons déjà signalées.

Nous examinerons ces trois grandes causes : congestion, rétention, traumatisme.

A. — CONGESTION

Pendant la grossesse l'influence de la congestion est tellement manifeste que le Professeur Guyon ne craint pas de dire dans sa leçon sur la physiologie pathologique de

l'hématurie, que les hématuries vésicales constatées ne sont que le fait de la congestion des organes génitaux. C'est ainsi que Reblaud (sur 124 femmes qu'il a interrogées sur les phénomènes vésicaux qu'elles éprouvaient au début de la grossesse, dans plus de la moitié des cas, il a trouvé de la fréquence des mictions indice de cette congestion). Cet état congestif met donc la vessie de la femme enceinte dans un état de réceptivité morbide considérable, à un tel point qu'il est permis de s'étonner du peu de fréquence de la cystite gravidique. Si on envisage, en effet, la vascularisation de l'utérus à l'état de grossesse, on voit un énorme développement des artères et des veines utérines, de même des sinus utérins; or les artères vésicales ne prennent-elles pas naissance aux artères utérines ou ne viennent-elles pas d'un tronc commun? Les artères vésicales postérieures viennent en partie chez la femme, de l'utérine, qui naît elle-même de l'hypogastrique comme les artères vésicales inférieures.

Quant à l'irrigation veineuse elle a été bien étudiée par Gillette qui, par des recherches sur les plexus veineux intra-pelviens, a montré que les veines vésicales de la face postérieure ont des communications multiples avec les veines utérines. Elles sont, dit Tillaux, très souvent variqueuses et en particulier celles du col qui y forment « La cystite variqueuse du col ».

Il a été dit plus haut que les vaisseaux utérins s'hypertrophient, grâce aux nombreuses, larges communications, gagnent les vaisseaux vésicaux. Ces rapports vasculaires expliquent donc l'influence de certains états physiologiques et pathologiques de l'utérus sur la vessie, et c'est ce qui a permis à Barnes de dire : « L'étude clinique des symptômes vésicaux chez la femme est plus souvent du domaine de la gynécologie. »

L'influence de la grossesse sur la vascularisation vésicale est donc certaine et un examen plus réfléchi nous montre cette influence sur tous les organes voisins.

B. — RÉTENTION.

Mais à côté de la congestion qui existe dans tous les cas d'utérus gravide, il existe des troubles urinaires en rapport avec les affections de l'utérus. Les femmes souffrent de la vessie mais souvent la lésion est ailleurs (Dans l'immense majorité des cas la rétention est un symptôme se rattachant non pas à des lésions vésicales, mais à des désordres du côté des organes pelviens et en premier lieu du côté de l'utérus. La rétention se montre fréquente lorsqu'il survient des modifications dans le volume et surtout dans la situation de l'utérus gravide).

L'anteversion rare ne produit qu'exceptionnellement la rétention. Les rétentions qui surviennent du fait de la chute de l'utérus en arrière sont beaucoup plus fréquentes.

La rétention est brusque parfois, le plus souvent progressive et il n'est pas rare que le sphincter vésical étant forcé par la pression du liquide urinaire, laisse l'urine s'écouler sans aucune sensation, c'est la miction par regorgement, la vessie vide son trop-plein. Il peut y avoir rétention absolue et c'est là le fait le plus grave.

L'utérus augmentant de volume par suite de la gravidité et basculant en arrière, par suite de l'insuffisance de ses attaches, vient par l'intermédiaire de son col lui-même hypertrophié comprimer la vessie en avant prise entre lui et le pubis.

C. — TRAUMATISME

Mais alors intervient un autre facteur, c'est le traumatisme, léger sans doute, mais bien suffisant pour provoquer à la partie vésicale comprimée un certain degré d'augmentation de congestion ou même de véritables lésions muqueuses. Si bien qu'à ne considérer que l'appareil symptomatique et l'anatomie pathologique de la rétroversion de l'utérus gravide on pourrait presque dire que dans cette maladie l'utérus n'est rien et la vessie est tout.

Pourquoi la cystite consécutive à la rétroversion, affecte-t-elle cette forme gangréneuse ?

Klein, dans sa thèse inspirée par Frérichs, a donné l'étiologie suivante : L'utérus rétrofléchi écrasant le col de la vessie contre la symphyse pubienne, il en résulte une rétention d'urine qui amène une distension énorme de la vessie avec dilatation des uretères et des bassinets. Probablement sous l'influence de cathétérismes répétés surviennent une décomposition de l'urine, l'inflammation et l'infiltration diphtérique de la muqueuse. Voici donc une muqueuse profondément altérée du chef de cette infiltration diphtérique soumise à une énorme pression excéntrique qui tend encore à diminuer sa vitalité.

Si, à ces deux causes vient s'ajouter encore, en un point quelconque, une pression mécanique, l'altération destructive atteindra évidemment en ce point son maximum. C'est justement ce qui se passe dans la région du col dans les cas en question.

Cette région, dit Klein, est écrasée directement par l'utérus gravide ; contre elle, fait sans cesse effort l'urine qui cherche en vain à sortir. C'est sur elle qu'agit encore l'introduction réitérée du cathéter. Le traumatisme répété exercé par l'usage régulier de la sonde produit bientôt des érosions. Or, il est peu vraisemblable que ces érosions tendent à se cicatriser sur une muqueuse déjà enflammée et sur le point de se sphacéler. Elles vont bien plutôt se transformer en ulcères qui s'étendront dans toutes les directions, sur un terrain si favorable et feront le tour du col. En un point de cette ulcération, par suite de la tension énorme que subit la paroi vésicale, se produira une perforation et, dès lors, de la même façon que dans un anévrysme disséquant, le sang s'infiltrera entre les diverses tuniques artérielles, l'urine s'infiltrera dans le tissu rattachant la vessie aux parties voisines et décollera complètement la paroi vésicale formant ainsi un nouveau réservoir pour l'urine.

Mais ainsi que le fait remarquer le Professeur Pinard, cette étiologie n'explique pas les cas dans lesquels on a le maximum de lésions et que celles-ci siègent loin du col sur la face postérieure.

Il existe des cas où la rétention d'urine complète manque; il existe des cas d'exfoliation de la muqueuse où le seul point respecté est le voisinage du col de la vessie. La cystite se développe, ici comme dans beaucoup de cas, sous l'influence d'une altération d'une urine qui ne trouve pas une issue facile, cette urine s'altère, par le seul fait que la vessie se vide mal, incomplètement et il est possible que dans certains cas le cathétérisme non aseptique ne soit pas étranger à cette altération, cette influence de la rétention est d'observation clinique courante en dehors même de tout sondage. On voit dans certains cas les caractères de la décomposition ammoniacale dès le premier cathétérisme. May a démontré expérimentalement cette action sur des chiens. Donc, sous l'influence de la rétroversion se produit une rétention complète ou incomplète d'urine, l'urine s'altère, la vessie s'enflamme. Mais cela explique-t-il pourquoi et comment la gangrène survient? Ne voit-on pas tous les jours chez l'homme de ces cystites développées sous l'influence de troubles persistants de la miction qui nécessitent même des cathétérismes répétés? On devrait dès lors, sous l'influence des mêmes causes, observer les mêmes effets. Or, si on juge le résultat des recherches, l'exfoliation de la paroi vésicale n'a guère été rencontrée que chez la femme. Elle doit être chez l'homme absolument exception.

M. Guyon, dans son immense pratique, n'en a jamais vu. M. Pépin, dans sa thèse de Paris, 1893, en signale quelques cas chez l'homme. Il faut donc plus qu'une rétention, plus qu'un cathétérisme, plus qu'une cystite pour produire l'exfoliation et la gangrène de la paroi vésicale, ce quelque chose, dit le Professeur Pinard : « C'est la présence dans le petit bassin, pendant de longues heures et parfois de

longs jours, d'une tumeur volumineuse qui le comble presque entièrement et fait effort de tous côtés sur les parois. Dans un cas c'est l'utérus en rétroversion qui, étroitement enclavé et tendant sans cesse à augmenter de volume, écrase et comprime tout ce qui l'entoure. Dans l'autre c'est la tête fœtale qui ne passe qu'avec les plus grandes difficultés ». Les points qui, dans ces conditions, sont surtout meurtris sont ceux où la pression s'exerce contre un plan osseux résistant, la symphyse pubienne, paroi latérale de l'excavation, au niveau du fond de la cavité cotyloïde. Or, étant donné le trajet des artères on comprendra aisément qu'elles sont fatalement comprimées.

Telle est l'explication donnée par le Professeur Pinard et qui paraît la plus rationnelle de ces faits en apparence si singuliers et si différents.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

A. — MACROSCOPIQUE.

Si on examine macroscopiquement une membrane exfoliée on constate qu'elle offre la plus grande diversité au point de vue de sa forme et de ses dimensions, elles peuvent même comprendre toute la superficie de la paroi. Le décollement peut se faire par portions séparées mais aussi souvent d'un seul bloc.

La couleur des membranes est blanc sale, gris noirâtre, elles répandent une odeur repoussante caractéristique de gangrène. Leur épaisseur est variable dans les différents points du lambeau considéré, l'épaisseur est en moyenne de 1 à 2 millimètres. Monsieur le Professeur Bégouin a signalé, étant alors interne des Hôpitaux de Bordeaux, un sac complet de 3 millimètres d'épaisseur environ. Un détail important de l'étude macroscopique des membranes est leur résistance à la rupture, les anciens auteurs voulaient y voir un élément de diagnostic.

Enfin les membranes offrent un aspect différent suivant la face considérée; c'est ainsi que d'après Dubar : « elle présente des saillies et des dépressions qui leur donnent un aspect aréolaire et reproduisent les saillies et les dépressions de la paroi de la vessie. »

Quelques fois malgré l'altération des tissus on peut reconnaître des faisceaux ayant de la ressemblance avec les

faisceaux musculaires de l'organe, si bien qu'alors le simple examen de cette dernière permet le diagnostic à l'œil nu. On trouve aussi sur la face qui regarde la vessie des dépôts pulvérulents de cristaux rudes au toucher qui ne sont le plus souvent que des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens.

Étude microscopique. — La membrane examinée histologiquement peut comprendre une partie ou toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Le plus souvent on rencontre la muqueuse et la musculuse.

Pépin étudiant des coupes de membranes au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Bordeaux, coupes soigneusement revues par M. le Professeur agrégé Auché, alors chef des travaux, conclue à la disposition générale suivante :

1^o Couche de granulations fines, plus de couche épithéliale.

2^o Couche représentant le chorion de la muqueuse (fibres conjonctives, quelques fibres élastiques et des vaisseaux).

3^o Couche composée de fibres musculaires lisses disposées sur un ou deux plans. Suivant les cas, les éléments sont plus ou moins altérés par la maladie. Il en est ainsi des cas particuliers étudiés par Pépin, celui cité par M. le Professeur Bégouin alors interne des Hôpitaux de Bordeaux. Il constate surtout que les fibres musculaires sont dissociées par des granulations peu abondantes. On ne reconnaît pas la couche épithéliale, on trouve de rares éléments de la couche muqueuse.

En résumé, on se trouve en présence d'une véritable escharre résultant de lésions inflammatoires très accusées.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Quels sont les symptômes que donnent la formation et l'expulsion des membranes vraies ?

Nous mentionnerons tout d'abord la douleur et les hématuries.

Les hématuries sont dues au décollement, à l'arrachement de la membrane vraie.

Les urines présentent une odeur infecte, fortement ammoniacale, et laissent souvent échapper des lambeaux membraneux sphacelés à odeur repoussante. Ce qui frappe le plus c'est l'intensité des phénomènes généraux, avec fièvre élevée et continue, frissons, anorexie complète, hécticité qui peut aller jusqu'au collapsus.

Si l'on veut pratiquer le cathétérisme, on se trouve en présence de difficultés qui sont dues à ce que le bec de la sonde se trouve brusquement obstrué par un lambeau membraneux. La douleur à la miction volontaire est intense et la malade redoute les efforts de miction, de plus ces derniers deviennent de plus en plus fréquents.

Malgré le cathétérisme la vessie reste volumineuse du fait de la rétention. Il est un symptôme des plus importants qui facilite le diagnostic, c'est l'expulsion hors de l'urèthre de lambeaux membraneux plus ou moins larges à odeur de putréfaction.

Diagnostic.

Etant donnée la gravité de la cystite perforante gangréneuse, un diagnostic précoce s'impose. Dans le cas que nous envisageons, rétroversion de l'utérus gravide, il faut s'attacher à l'examen de l'utérus, au diagnostic de rétroversion et de gravidité. Ceci étant fait, nous savons la gravité des cystites chez les femmes enceintes qui ont un utérus rétroversé et devant l'intensité des phénomènes généraux qui se traduisent surtout par des symptômes de septicémie grave, nous pourrions penser si nous avons eu une rétention brusque ou progressive, si le cathétérisme ramène une urine sale et fétide, à une cystite gangréneuse. Mais si le diagnostic de cystite gangréneuse perforante s'impose, grâce à l'expulsion de membranes dont l'aspect macroscopique suffit souvent à les différencier, il n'en est pas de même lorsque les membranes sont confinées à l'intérieur de la vessie.

« Tout n'est pas fini, dit avec raison le Professeur Guyon ; lorsqu'on a dit, la nature et la constitution exacte des lambeaux rejetés, il reste encore à savoir si la vessie n'en contient plus. On est renseigné à cet égard et par les caractères de l'urine et par les troubles fonctionnels. Lorsque les uns et les autres, après une période extrêmement orageuse, offrent un apaisement très prononcé, il est permis de croire au débarras complet de la vessie. Au contraire, pour peu qu'ils persistent on est autorisé à penser qu'ils sont entretenus par la présence d'autres lambeaux membraneux. »

De plus, l'état dans lequel l'exfoliation laisse le réservoir urinaire, la péricyste si fréquente, les inflammations de voisinage, l'état des séreuses doivent aussi préoccuper le chirurgien.

Lorsque les escharres ne sont point expulsées, les symptômes qui traduisent l'affection induisent souvent en

erreur. Pépin cite, dans sa thèse de Paris (1893), le cas de Dubar qui, en présence d'un cas pareil, songea à un cancer; de Leston qui, de son côté, pratiqua la taille pensant à un cancer. Le diagnostic est hérissé de difficultés.

Pépin dit : « Voici un malade dont les urines deviennent troubles, noirâtres, quelquefois sanguinolentes, exhalent une odeur de macération anatomique. Son état empire rapidement. La vessie est distensible. On entreprend de la vider à l'aide de la sonde, l'urine jaillit, puis brusquement le jet s'interrompt, l'évacuation ne se fait qu'avec une extrême irrégularité ou bien elle est impossible et cependant on sent que l'instrument a franchi le col, que le globe vésical est rempli. On veut faire des lavages, le liquide ressort irrégulièrement, en partie seulement ou est retenu en totalité. Le sujet n'a pas la pierre, rien ne peut faire penser à une tumeur de la vessie. On a toutes les chances d'avoir affaire à une cystite membraneuse vraie, surtout connaissant l'état de gravidité et la rétroversion de l'utérus ».

Guyon dit : « Les irrégularités de l'évacuation par le cathétérisme soit de l'urine, soit des liquides injectés, sont parfois tellement caractéristiques qu'elles imposent le diagnostic ».

CHAPITRE V

Pronostic. — Complications.

Le pronostic est tout entier subordonné à la nature de la cystite. Toute cystite il faut l'avouer est grave, mais plus elle sera aiguë, plus le pronostic sera sombre. Tel est le cas pour la cystite perforante gangréneuse qui est on peut dire le dernier terme de l'inflammation. Il y a là les mauvais effets de la membrane, lambeau sphacélé qui entretient la septicité, en augmente même la virulence. Mais de plus cette membrane est une partie mortifiée de la paroi vésicale laissant cette dernière dans un état de résistance précaire. Le pronostic est d'autant plus grave que la perforation guette le sujet et nous connaissons les terribles effets de la pénétration de liquides septiques dans le péritoine.

De plus les phénomènes de septicémie qui peuvent être d'emblée très graves augmentent encore la gravité du pronostic, d'autant que, les reins frappés eux-mêmes par cause ascendante de pyélite et de pyelo-néphrite deviennent rapidement insuffisants et qu'à l'intoxication d'origine microbienne vient s'ajouter l'intoxication urémique.

En résumé, nous voyons qu'une malade atteinte de cystite perforante gangréneuse peut mourir de péritonite par perforation, de septicémie et d'urémie.

Nous étudierons spécialement les complications dues à la perforation vésicale.

La perforation se produisant soit par traumatisme ou

cathétérisme dans une vessie en voie de sphacèle, nous avons les ruptures traumatiques, cas cités par Ahlfeld et Martin; ou bien la muqueuse exfoliée, il se produira une dissociation des fibres musculaires permettant une infiltration d'urine dans les différentes couches de la paroi vésicale portant partout une infection nouvelle. Mais la perforation se produisant, si la vessie est accolée à un organe voisin par suite d'une inflammation périvésicale qui aurait provoqué des adhérences péritonéales entre les deux séreuses, vésicale d'un côté, intestinale de l'autre, il se produira ce fait que par cette péritonite adhésive, la cavité vésicale restera close au moment de la chute de l'escharre.

Les adhérences auront joué un rôle de limitation et de protection; elles auront permis à la poche vésicale de s'agrandir, d'avoir accolé à elle un diverticule formé par des néo-membranes. Cette péritonite adhésive pourra jouer un autre rôle, au lieu de limiter la poche elle pourra être une cause de communication entre la vessie et l'organe adhérent. Mais si les adhérences manquent, alors la rupture est brusque et la péritonite fatale se déclare.

On voit parfois, ainsi que nous le citons dans notre travail, à l'observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Duvergey, des complications qui prennent une allure clinique particulière; en effet, des fusées purulentes, parties de la zone vésicale, s'étaient frayé un passage vers la paroi postérieure de l'abdomen et simulaient un abcès périnéphritique double. A remarquer aussi la disposition particulière de la zone de suppuration, elle formait comme un cadre autour de l'intestin, remontant jusqu'au diaphragme.

CHAPITRE VI

Traitement.

Devant l'acuité des phénomènes, le danger des complications, le traitement doit être aussi hâtif que le diagnostic précoce. On devra par un traitement en somme prophylactique veiller à l'installation d'une cystite grave par le cathétérisme rigoureusement aseptique et la réduction de l'utérus rétroversé.

Mais une fois installées les cystites gangréneuses nécessitent un traitement énergique qui peut être médical et chirurgical. Cependant disons tout de suite qu'il serait bien imprudent de se fier au premier ; nous ne le citerons que pour mémoire. A vrai dire il n'y a qu'un seul traitement, le traitement chirurgical. Il faut à tout prix débarrasser la vessie de la fausse membrane, elle entretient la rétention et l'infection.

Deux façons toutes différentes permettent d'arriver au même but : on peut utiliser les voies naturelles, soit se créer une voie artificielle. La voie naturelle était autrefois préférée. On se servait de la sonde à demeure, mais les inconvénients de cette sonde sont nombreux, elle se bouche et ne guérit pas la rétention. Elle se désagrège au contact de l'urine et doit être changée toutes les douze heures. La sonde à demeure doit être rejetée ou suppléée par l'aspiration. Cependant il faut de fréquents lavages et une surveillance constante. Girard et Guyon ont préconisé le cathétérisme répété. Il expose aux menus traumatismes et

nous en connaissons les dangers surtout dans une vessie en voie de sphacèle. Il est impuissant contre les grosses fausses membranes. Or, enlever les grosses fausses membranes est, dit le Professeur Pinard, une question de vie ou de mort, car elle entretient la septicité après l'avoir créée. De plus ne perdons pas de vue que les malades sont fatigués, que leur organisme souffre déjà d'un commencement d'empoisonnement urinaire. Rapidement les malades maigrissent. Il faut agir en vidant la vessie avant que son contenu ne soit trop menaçant pour la vie du malade.

Deux méthodes sont susceptibles d'être employées pour arriver au but que l'on se propose, c'est-à-dire supprimer la vessie en temps que réservoir urinaire. Ces méthodes sont la dilatation de col vésical et la taille vaginale ou hypogastrique. La dilatation doit être abandonnée, elle donne des résultats peu durables, on lui préférera la taille vaginale ou mieux la taille hypogastrique qui donne des résultats plus sûrs et n'est pas plus dangereuse que les autres méthodes.

La taille hypogastrique répond à toutes les indications thérapeutiques. Avec les progrès de l'antisepsie, la cystostomie est devenue bien moins dangereuse et il ne faut pas hésiter à la pratiquer alors que l'état général de la malade est encore peu ébranlé et peut faire compter sur une réussite à peu près certaine. Puis on installera un bon drainage, si possible continu avec des liquides antiseptiques. Il ne faudra pas oublier que les membranes ont une tendance marquée à se reformer : aussi faudra-t-il toujours surveiller la vessie et cela au moyen de la plaie elle-même. Il est nécessaire, en effet, que la plaie soit entretenue jusqu'à complète guérison. Alors seulement, dit Mézard : laisser la plaie achever sa cicatrisation et en favoriser la rapidité en plaçant dans l'urèthre une sonde à demeure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (INÉDITE)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY.)

*Cystite gangréneuse perforante consécutive à une rétroversion
de l'utérus gauche.*

Le 7 décembre 1921, je trouvai dans mon service à l'hôpital Saint-André, une jeune femme de vingt-et-un ans, entrée la veille le 6 décembre, venant de la campagne dans un état alarmant.

Cette femme parlait très difficilement étant d'une faiblesse extrême, elle racontait qu'elle était enceinte de trois mois et que le 24 novembre 1921, elle avait ressenti une violente douleur dans le bas-ventre en même temps qu'elle présentait de la rétention d'urine. Un médecin appelé pratiqua le sondage de la vessie, puis la laissa livrée à elle-même. La rétention d'urine continua puis la malade urina par regorgements une urine de plus en plus sale, flétrade, à odeur repoussante. C'est dans ces conditions qu'elle fut envoyée à l'Hôpital.

A l'examen, femme dont les traits sont profondément altérés, amaigrie. Le pouls oscille entre 130 et 140, petit. La température oscille autour de 37°. L'urine est rare car la malade se surveille continuellement pendant son urine. Celle-ci est sale, contenant des parties sphacélées, elle a une odeur fétide, gangréneuse.

Le ventre est augmenté de volume particulièrement au-dessous de l'ombilic. Il existe là une masse qui plonge dans le bassin et qui ressemble à une vessie dilatée. Matité à ce niveau, à la percussion.

La vessie est aussitôt sondée. Il s'écoule environ un demi-litre d'une urine sale, nauséabonde, contenant des débris sphacelés à odeur

gangréneuse mélangée à des gaz. Lavages de la vessie à l'eau boriquée. L'eau ne peut revenir claire, elle est chargée de lambeaux sphacelés.

Une fois la vessie vidée, la palpation révèle au niveau de la zone sous-ombilicale une volumineuse tuméfaction remontant à l'ombilic et se perdant dans le pelvis, remplissant en partie les deux fosses iliaques internes.

Au toucher vaginal, col difficile à atteindre caché derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, énorme masse mollassse, résistante, descendant près de la vulve à 3 centimètres environ d'elle, dédouble la cloison vagino rectale. Le toucher rectal montre la même masse effaçant la lumière rectale en repoussant la paroi antérieure du rectum. L'utérus, perdu au milieu de cette masse, n'est pas limité.

Je porte le diagnostic de rupture de grossesse intra-utérine avec hématoçèle rétro-utérine, me basant sur l'état de grossesse de la malade, sur le début brusque douloureux de l'affection et sur les constatations physiques. Je porte en même temps le diagnostic de cystite gangréneuse due à une infection de la vessie par sondage septique et je considère la rétention d'urine comme secondaire à une compression de l'hématoçèle.

Aussitôt d'urgence sous rachianesthésie (5 centigrammes de synchrone) je pratique la laparatomie sous-ombilicale. Dans la profondeur au niveau du tissu cellulaire sous-péritonéal il existe un épaississement des tissus qui sont infiltrés. A mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse, je pratique une ponction exploratrice qui ramène de l'urine sale. J'incise les tissus aux ciseaux, juste au-dessous de l'ombilic. J'ouvre alors la vessie remontant au-dessus de l'ombilic, adhérente, étalée et dont la muqueuse et une partie de la paroi est gangrénée. De vastes lambeaux de muqueuses se détachent. En arrière d'elle je sens par le toucher transvésical une masse volumineuse qui ne remonte cependant pas aussi haut que la vessie. Je place deux soudes de Pezzer dans la bouche de cystostomie haute et je referme.

La malade est mise aussitôt en position gynécologique. Je fais une ponction du cul-de-sac vaginal postérieur et je retire du liquide sale. Je pratique alors une colpotomie postérieure large qui donne issue à un liquide séro-purulent. Les lèvres de l'incision de la colpotomie sont écartées et j'aperçois dans le bassin à quel-

ques centimètres une tumeur que je ponctionne et d'où il sort un liquide limpide et clair. C'est l'utérus gravide. Drainage. Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Le lendemain la malade expulse un fœtus de trois mois. La délivrance est normale. Les jours suivants lavages de la vessie triquotidiens. Installation d'une irrigation continue à l'eau boriquée. La vessie s'en va par vastes lambeaux sphacelés. L'état général est grave. La malade se cachectise, elle prend l'aspect thyphique. Le pouls est devenu rapide.

Le 27 décembre, je m'aperçois que les régions lombo-iliaques font saillies surtout à droite. Je constate une volumineuse collection lombo-iliaque bilatérale. Sous chloroforme, lombotomie double. Il s'écoule des deux côtés une grosse quantité de pus infect. Drainage.

La malade meurt le 1^{er} janvier 1922.

A l'autopsie, la vessie est en partie restaurée, elle est entourée presque partout d'une péricycstite intense. Les parois sont épaissies, sauf au niveau de la partie postéro supérieure qui est amincie et présente une perforation des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Communiquant avec une poche péritonitique qui remonte à droite et à gauche en dehors des méso colons ascendant et descendant. Ce sont ces foyers qui ont été ouverts par lombotomie.

Rien aux reins normaux. L'utérus a repris sa position normale.

Observations extraites des *Annales de Gynécologie* de Pinard et Varnier, 1886-87.

OBSERVATION I

(Karl Klein).

L..., trente-trois ans, tertipare, enceinte de 3 mois. Dernières règles vers le milieu de décembre 1877.

Pour la première fois dans la seconde semaine du mois de mars se manifestent des difficultés dans la miction qui augmentent rapidement jusqu'à la rétention complète. Depuis le 20 mars, cathétérisme deux fois par jour. Malgré cela l'état général devient

très mauvais. L'urine prend bientôt un mauvais aspect et une odeur fétide. Entre à la clinique de l'Université de Berlin le 25 mars.

Diagnostic. — Rétroversion de l'utérus gravide; Distension de la vessie qui dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. Miction impossible. Etat général très mauvais. Le cathétérisme amène une grande quantité d'urine purulente, sentant l'acide sulphydrique, teintée de sang. La vessie, malgré cela, revient peu à peu sur elle-même.

La distension vésicale, la rétention et les caractères de l'urine restent les mêmes les jours suivants malgré des cathétérismes répétés.

Le 27, on réduit aisément l'utérus après avoir vidé la vessie, et on applique un pessaire.

29, tous les jours on lave la vessie et le liquide ramène des membranes diphtériques parfois très grandes.

Alternative de mieux et de pire. Cathétérismes répétés. Lavages. L'urine reste ammoniacale, sanguinolente, trouble, fétide. On arrive ainsi jusqu'au milieu d'avril. La malade dépérit de jour en jour.

Le 12 avril, après l'enlèvement du pessaire qui a maintenu l'utérus en place, l'urèthre fut dilaté. On sentit la vessie presque complètement détruite et on en retira des membranes diphtériques en grand nombre.

13 avril, la malade se sent un peu mieux. Les douleurs dans le bas-ventre ont diminué. Pour le reste l'état n'est pas modifié.

Vers midi, elle tombe dans le collapsus et meurt le 14 avril au matin.

Autopsie faite le 14 avril par le Dr Jürgens. Cadavre très émacié.

A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve la vessie très dilatée, complètement adhérente à la paroi abdominale antérieure, La paroi postérieure est libre. L'adhérence avec la paroi abdominale se poursuit jusqu'à l'ombilic.

En beaucoup de points le péritoine est épaissi mais intact. L'épiploon adhère par son bord libre à la vessie et à la paroi abdominale antérieure;

Dans la cavité péritonéale aucun liquide. L'utérus est presque du volume d'une tête d'homme et ne dépasse que très peu la symphyse. Sa consistance est assez molle. Le tissu cellulaire

situé entre la symphyse et le col de la vessie est gangréné sans que le périoste soit attaché.

A l'ouverture du sac représentant la vessie on y trouve à côté de nombreux lambeaux membraneux diphtériques, un sac plus gros que le poing formé de la muqueuse et de la musculieuse gangrénées et recouverte d'une épaisse croûte de sel. Ce sac est libre de tous côtés. La surface du sac servant lieu de vessie est inégale, rugueuse, incrustée de sels. Il ne reste presque plus rien de la substance vésicale proprement dite. Il en est ainsi au sommet sur une grande partie de la paroi postérieure et sur toute l'antérieure où la paroi abdominale remplace la paroi vésicale. Les urètres s'abouchent dans la vessie à leur place normale; ils sont très dilatés. Leurs muqueuses, surtout celle de l'urèthre gauche, est épaissie et couverte de nombreuses petites plaques de la largeur d'un grain de millet. Il n'y a pas de liquide dans la vessie, le vagin est intact. Le col de l'utérus a 4 cm. en fond. L'utérus présente les caractères habituels d'un utérus au quatrième mois de la grossesse. L'œuf est normal, le placenta inséré sur la paroi antéro-supérieure. Les deux ovaires sont sains, de même les ligaments larges. Le rein gauche est presque double de volume; il est ramolli. La capsule s'enlève facilement. La surface présente de nombreuses collections purulentes depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un haricot. On en trouve également sur la coupe, aussi bien dans la substance médullaire que dans la corticale. Le parenchyme est trouble avec des infiltrations de mauvais aspect.

Le bassin est très dilaté, la muqueuse est très épaissie et présente des infiltrations diphtériques.

Le rein droit est légèrement augmenté de volume, son parenchyme très trouble ne présente aucune lésion interstitielle. Le bassin est très dilaté ainsi que les calices, mais on n'y trouve aucune lésion diphtérique. Le foie est assez gros. Les poumons sains.

Le cœur est intact seulement sur la mitrale et au niveau de son bord libre il existe une excroissance de la grosseur d'un pois, décoloré.

Diagnostic. — Rétroflexion de l'utérus gravide. Cystite gangréneuse diphtérique. Dissection totale de la couche musculaire et de la muqueuse. Péritonite périvésicale circonscrite adhésive.

Pyélonéphrite diphtérique, interstitielle gauche et parenchymateuse double. Hydronéphrose double. Endocardite nitrale.

OBSERVATION II (RÉSUMÉE)

(KRUKENBERG, Observation de la clinique de Berne).

Secondipare, trente-trois ans. A la seizième semaine de la grossesse actuelle, étant au lit ne peut uriner, douleurs. Le lendemain rétention complète.

Cathétérisme par un médecin à deux reprises. Rétention, nouveau cathétérisme, grandes douleurs, urines rares 50 cc. et sanglantes du 6 au 8 décembre.

Le 23 décembre, bains de siège deux fois par jour, lavages vésicaux avec une solution salicylée au centième. Selles rares diarrhéiques. Fièvre.

Le 30, entre à la clinique. Cachectique. Urine très rare nauséabonde. Vessie très dilatée à mi-distance de l'ombilic au pubis.

Cathétérisme, avec une sonde d'homme évacue 1/2 litre d'urine, plus tard 2 litres avec un cathéter élastique. Réduction de l'utérus sous chloroforme. Vessie lavée avec sonde à double courant, drainage permanent. État général meilleur.

Le 6, enlèvement du drain vésical. Incontinence. Urine de plus en plus fétide. Du 6 au 9 décembre, fièvre. Le 10 janvier, rend par l'urèthre une membrane sphacélée. Par suite, évacuation d'urine 2 litres environ, brun rouge, très nauséabonde. Puis incontinence complète. Lavages. Cachexie. Le 19 janvier, avortement. Enfant vivant.

Mort de la mère le 21, dans le collapsus.

Autopsie. — (Fait par le professeur Koster).

Cavité péritonéale sans liquide. Ouverture de la vessie grande comme la paume de la main. Les anses inférieures de l'intestin sont adhérentes aux bords de l'ouverture. Vessie tapissée d'une membrane grise verdâtre.

Poumons. Cœur. Rate normaux. Reins gras avec abcès. Enveloppe adhérente. Utérus entièrement dans le petit bassin, dur et contracté non rétrofléchi.

La membrane examinée avec soin était une exfoliation de la muqueuse et de la membrane.

OBSERVATION III (RÉSUMÉE)

(S. BRAUDEIS DE LOUVILLE).

Femme R. . . , trente-six ans, 3 enfants.

Il y a cinq jours douleurs vives puis rétention.

A l'examen. — La vessie remonte à 5 cm. de l'ombilic.

Rétroversion utérine. La malade ayant eu ses règles deux semaines auparavant on croit à une hématocele.

Cathétérisme, Grande quantité d'urine trouble, ammoniacale, floconneuse, épaisse.

La malade était loin de la ville, ce qui me mettait dans l'impossibilité de la visiter plus d'une fois par jour. Je place une sonde à demeure.

Un nouvel examen fait penser à une rétroversion de l'utérus gravide. Réduction manuelle.

Quatre jours après, j'apprends que deux heures après avoir uriné volontairement elle avait été prise de violentes douleurs vésicales à la suite desquelles quelque chose lui était sorti des parties. Son mari avait extrait une grande membrane. Il fut prouvé qu'il s'agissait d'une exfoliation totale de la muqueuse vésicale avec des dépôts cristallins (cette pièce est déposée au Musée de l'École de Médecine de Kentucky).

La malade guérit et accoucha trois mois plus tard d'un enfant vivant et bien portant à terme.

Deux mois après elle vint me revoir pour douleurs vésicales. L'utérus en subrévolution était de nouveau rétrofléchi. Je plaçais dans la région un pessaire de Hodge et dans la vessie un cathéter en gomme de Godmann en communication avec un urinal.

Depuis lors, j'ai appris que la malade avait accouché une nouvelle fois sans nouveaux accidents et qu'elle avait repris ses occupations.

OBSERVATION IV (RÉSUMÉE)

(WITTICH d'Essenach).

Femme de vingt-huit ans, enceinte pour la troisième fois.

Rétroversion brusque à la suite d'un effort, suivie de rétention incomplète.

Le 26 août, Wittich trouvant la vessie distendue jusqu'à l'ombilic essaye de refouler le fond de l'utérus et fait sortir ainsi une certaine quantité d'urine trouble, très fétide, avec un sédiment grisâtre, membraniforme ressemblant à une portion de muqueuse.

Cathétérisme le deuxième jour seulement après l'entrée.

Les tentatives de réduction échouent d'abord et le 6 septembre, en présence de l'intensité des phénomènes vésicaux, on allait ponctionner l'utérus lorsqu'on parvint à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum à remettre la matrice en place.

La vessie laisse alors échapper une grande quantité d'urine fétide et floconneuse; le même soir on vit pendre hors de l'urèthre une membrane grise, résistante, dont on retranche environ un pouce et qu'on reconnut être la membrane musculaire de la vessie.

A 11 heures du soir, la femme fut prise de frissons, de fortes envies d'uriner et rendit par l'urèthre, avec une forte explosion, une portion de membrane avec une grande quantité d'urine fétide.

A minuit, nouveaux frissons et avortement. Fœtus de cinq mois. Le 7 septembre, état satisfaisant. La membrane expulsée par l'urèthre a la forme d'un sac qui, rempli d'eau, présente les dimensions d'une vessie de femme.

Son épaisseur augmente graduellement de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle est plus considérable vers le col. Elle est composée d'une quantité innombrable de fibres musculaires plus ou moins épaisses entrecroisées, les unes obliques, les autres circulaires. Celles-ci surtout étaient nombreuses et rapprochées vers le col. Il y en avait aussi de longitudinales, allant du fond vers le col et appartenant au fœtus; or, la poche comparée à une vessie saine n'était donc composée que d'une couche de fibres musculaires, il est vrai plus épaisse qu'à l'état normal. Amélioration rapide vers la fin de novembre, la vessie était à même de garder deux à trois onces de liquide; passé cette quantité l'urine s'échappait occasionnant une sensation de brûlure. L'année suivante cette femme devint de nouveau enceinte et accoucha heureusement en février 1846.

Observations résumées.

OBSERVATION I

(Van DEVEREN, *Obst. Acad. Griningæ*, p. 83, 1765).

Age de la grossesse, 2 mois. *Troubles de la miction*, dysurie progressive, vessie remontante jusqu'à l'ombilic.

Traitement. — Pas de cathétérisme.

Époque. — Rupture dans la nuit du vingt-trois au vingt-quatrième jour. Mort subite le vingt-quatrième jour.

Autopsie. — En arrière de la vessie affaissée, vide remontant jusqu'à l'ombilic, rupture d'un pouce de long à bords sphacelés,

Utérus gravide 3 mois remplissant tout l'espace libre du bassin.

OBSERVATION II

(W. HUNTER, *Médec. Obst.*, vol. IV, pages 58, 1771).

Age de la grossesse, 3 mois $1/2$. Rétroversion brusque suivie de rétention. Cathéter. sans grand résultat. Ponction jugée nécessaire mais reposée. Rupture le troisième jour. Mort le quatrième jour après l'avortement.

Autopsie. — 9 à 10 pintes d'urine dans le ventre. Vessie flasque, vide et rompue près de son fond, bords de la rupture gangrénée. Rétroversion de l'utérus.

OBSERVATION III

(LYNN, *Médec. Obst.*, p. 388, vol. IV).

Age de la grossesse, 4 mois. Rétroversion brusque. Rétention. Ponction proposée, refusée le septième jour. Mort le huitième jour après avortement.

Autopsie. — Vessie gangrénée, une vaste déchirure avait livré passage dans le ventre à 10 pintes d'urine environ.

OBSERVATION IV

(NAMBURG, *Starks Arch.*, Bd. 6, p. 381, 1796).

Quatrième mois de la grossesse, miction goutte à goutte douloureuse. Pas de cathétérisme. Mort le 28^{me} jour. Un litre d'urine dans la cavité abdominale. Vessie très distendue, surface interne partout ulcérée. En arrière petite perforation arrondie. Fond de l'utérus profond situé dans le bassin.

OBSERVATION V

(SAXTORPH, *Gesammelte Abhhand.*, 1903).

Cinquième mois de la grossesse. N'urine depuis trois semaines que goutte à goutte et avec grande douleur. Saxtorph est appelé quand la malade est mourante. Mort à la troisième semaine.

Autopsie. — Grande quantité d'urine dans la partie inférieure du ventre. Fond de l'utérus profondément caché dans le bassin, vessie affaissée très grande, rompue sur sa face postérieure.

OBSERVATION VI

(CRANINK, *In Moreau Traité pratique accouch.*, t. L, page 230, 1838).

Sixième semaine de la grossesse, gêne de la miction, à 2 mois rétroversion brusque, entre à l'hôpital le troisième mois avec péritonite et hecticité.

A l'arrivée à l'hôpital, cathétérisme, urine trouble, sanguinolente, très fétide. Ponction de l'utérus par le vagin. Réduction. Cathétérismes répétés, puis sonde à demeure. Mort dans la nuit qui suit la réduction, un mois après le début des accidents. Péritonite généralisée. Vessie percée d'une ouverture gangréneuse. Utérus enclavé.

OBSERVATION VII

(SONTHEY, *Loc. cit.*).

Quatrième mois de la grossesse. Rétention complète, distention, gangrène.

Cathétérismes répétés, puis sonde à demeure. Le dix-neuvième jour symptômes de péritonite par perforation. Mort le vingtième jour. Ouverture gangréneuse de la paroi post. de la vessie dont la muqueuse présente des plaques gangréneuses disséminées.

OBSERVATION VIII

(SCHWARZ, *Central Blatt. Gynécol.*, n° 6, 1880).

4 à 5 mois de grossesse. Rétroversion brusque au troisième mois, miction difficile pendant un mois.

Cathétérismes rares. A l'arrivée à l'hôpital, marasme, péritonite généralisée (dix-huitième semaine). Mort 2 jours après, 4 semaines environ après le début des accidents.

Autopsie. — Cinq litres d'urine dans l'abdomen. Vessie dépassant la symphyse de 13 cm. En arrière et à gauche du sommet, dans l'étendue d'une pièce de 2 thalers, adhérences avec intestin grêle. En rompant les adhérences on met à nu un trou de la paroi vésicale. Muqueuse vésicale pâle. Utérus remplissant entièrement le bassin.

CONCLUSIONS

1^o La cystite perforante gangréneuse est une rareté.

2^o Malgré quelques cas signalés, en dehors de la rétroversion de l'utérus gravide et des accouchements laborieux, les deux tiers environ des cas restent liés à l'inflammation de la vessie consécutive à la rétroversion de l'utérus gravide et séjour prolongé de la tête fœtale dans l'excavation.

3^o La cystite perforante gangréneuse est consécutive à une extrême acuité des phénomènes inflammatoires. Elle paraît due aux microbes ordinaires de la suppuration (coli-bacille, staphylocoques, streptocoques, etc.) modifiés dans leur virulence par la rétention produite et entretenue par la rétroversion de l'utérus gravide.

4^o Les lambeaux exfoliés se composent tantôt de muqueuse, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, de la couche muqueuse et d'une partie plus ou moins épaisse de la paroi musculaire. On trouve parfois la perforation de la vessie. Tous les lambeaux portent la trace d'une inflammation intense.

5^o L'exfoliation se produit sous l'influence du mécanisme qui préside à l'élimination des escharres.

6^o La cystite perforante gangréneuse comporte le pronostic le plus sombre, de par ses redoutables complications.

7^o Le danger vient surtout du séjour prolongé dans la vessie des membranes sphacélées septiques.

8° Le traitement sera prophylactique par le cathétérisme lors de la première attaque de rétention, on veillera d'une façon rigoureuse à l'asepsie du cathétérisme. On tentera la réduction de l'utérus gravide.

9° La cystite perforante gangréneuse confirmée aura pour base de traitement, non les cathétérismes répétés ou la sonde à demeure avec fréquents lavages antiseptiques, mais, ainsi que le recommande M. le Professeur Pousson, on préférera la taille hypogastrique qui a l'avantage d'assurer le repos de l'organe et permet « un traitement topique par le raclage, la tonsure, la cautérisation ignée ou potentielle de la muqueuse enflammée ». On tentera néanmoins la réduction de l'utérus gravide rétroversé.

Vu, bon à imprimer :

Vu :

Le Président,

Le Doyen,

Dr A. POUSSON

Dr C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 mars 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAILLY. — *Thèse de Lille*, 1905-1906.

BARNES. — *The Lancet*, 1875.

BOISSARD. — Etude clinique de la cystite, chez la femme, considérée spécialement avec la grossesse et l'accouchement. Paris, Delahaye, 1883.

CHANTRENIL. — *Leçons cliniques*. Delahaye, 1881.

CHARLES. — Liège. *Loco citato*.

CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements*.

DUBAR. — *Loco citato*.

GUYON. — *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie*. 1888.

HAULTAU. — *Edimbourg medical*, juin 1890.

HORNEZ. — *Thèse de Lille*, 1896-1897.

LEGUEU. — *Loco citato*.

MARION. — *Traité d'urologie*.

MONOD. — *Annales de gynécologie*, 1880.

PÉPIN. — *Thèse Paris*, 1893.

PINARD et VARNIER. — *Annales de gynécologie*, novembre 1886, février et mai 1887.

SAPPEY. — *Traité d'anatomie*.

TILLAX. — *Traité d'anatomie topographique*.

Bordeaux. — Imp. A. SAUGNAC & E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.
